DOCTEUR BÉRAUD

Traitement

du

Bubon Chancrelleux

non ulcéré

ALGER
IMPRIMERIE J. BRINGAU, BOULEVARD DE FRANCE,
1920

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1920 — N° 3

Traitement du Bubon Chancrelleux non ulcéré

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Janvier 1920

PAR

BÉRAUD (Joseph-Gabriel-Ernest)
Externe des Hôpitaux, Croix de Guerre
Né à Ouled-Fayet (Département d'Alger), le 26 Août 1890

MEMBRES DU JURY :

MM. GILLOT, Professeur des Maladies des Pays chauds et des Maladies Syphilitiques et Cutanées, *Président.*
VINCENT, Professeur de Clinique Chirurgicale
FUSTER, Chargé des fonctions d'Agrégé
FERRARI, Chargé des fonctions d'Agrégé
} *Juges.*

ALGER
IMPRIMERIE J. BRINGAU, BOULEVARD DE FRANCE,
1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN..... MM. CURTILLET.
ASSESSEUR..... TRABUT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. X...
Anatomie pathologique	POUJOL.
Chimie biologique	MAILLARD,
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE.
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL.
Clinique chirurgicale	VINCENT.
Clinique chirurgicale infantile	CURTILLET.
Clinique obstétricale	ROUVIER.
Clinique ophtalmologique	CANGE.
Clinique médicale infantile	CRESPIN.
Clinique médicale des pays chauds	GILLOT.
Histoire naturelle médicale	TRABUT.
Histologie	ARGAUD.
Hygiène	X...
Médecine légale	MICHELEAU.
Pathologie générale	SOULIÉ.
Pharmacie	X...
Physiologie	X...
Physique médicale	DUFOUR.
Thérapeutique	HÉRAIL.

PROFESSEUR ADJOINT

Anatomie..... M. LEBLANC.

AGRÉGÉ CHARGÉ DE COURS

Physiologie..... M. TOURNADE.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES.
	LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD M.
Accouchements	FUSTER
Chimie	H. MALOSSE.
Pharmacie	MUSSO.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

À LA MÉMOIRE
de Mon Grand-Père Monsieur ERNEST JÉMOIS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE
Gage affectueux de ma profonde reconnaissance

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A TOUS NOS CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

A LA MÉMOIRE

de Monsieur le Professeur BRAULT

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur GILLOT

Professeur de Clinique des Maladies des Pays chauds
et des Maladies Syphilitiques et Cutanées

Qui a bien voulu accepter la Présidence de ce modeste travail et s'intéresser à mes études

Faible témoignage de ma reconnaissance

A MES JUGES

A Monsieur le Docteur MONTPELLIER

Chef des Travaux d'Anatomie Pathologique
Chef de Clinique des Maladies Syphilitiques et Cutanées

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a aidé de ses conseils éclairés

Tous mes remerciements pour sa bienveillante sollicitude

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté et des Hôpitaux

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

Fréquence des chancrelles et des bubons en Algérie

Nous nous sommes proposés d'étudier dans ce travail les bubons spécifiques d'origine chancreleuse ayant éliminé systématiquement les adénites inflammatoires, bacillaires, syphilitiques, blennhorragiques, etc.

La chancrelle est excessivement fréquente en Algérie ; elle se complique de bubon beaucoup plus souvent qu'en France ; P. Fournier nous dit qu'il complique la chancrelle dans 45 % des cas ; Grünfeldt donne une proportion de 35 à 40 %, Dubreuilh 33 % seulement ; ici, à l'hôpital civil de Mustapha sur 127 malades porteurs de chancres mous, nous relevons 71 bubons, soit une proportion de 55,5 %, de beaucoup supérieure à celle fournie par les auteurs de la métropole. Ils sont plus rares chez la femme que chez l'homme ; les occupations de celle-ci, son genre de vie, la prédisposent moins à une affection qui reconnait pour étiologie les fatigues, les marches, la malpropreté, les frottements, etc.

Grâce à cette fréquence des bubons, il nous a été possible de recueillir un certain nombre d'obser-

vations et d'étudier la façon dont agissent les divers traitements.

1° Une classification thérapeutique s'imposait résumant l'histoire des nombreuses méthodes employées ; nous avons adopté l'ordre suivant :

a. Quelques mots sur les méthodes indigènes.

b. Les moyens purement médicaux tendant à enrayer la suppuration.

c. La Thérapeutique chirurgicale : Incision, ablation des ganglions, ponctions diverses, drainage filiforme, etc.

d. Les injections modificatrices en général.

e. Le procédé de Fontan en particulier.

2° Nous parlerons du rôle de la vaseline dans le traitement de Fontan et des recherches que nous avons faites en ce sens.

3° Nous donnerons nos observations.

4° Nos conclusions.

Nous avons cru intéressant, sur les conseils de Monsieur le Docteur Montpellier et à sa suite de consacrer une partie de ce travail au siège du bubon ; c'est par elle que nous commencerons.

Avant toutefois de commencer cette étude, nous nous faisons un devoir d'exprimer à tous nos maîtres nos sentiments reconnaissants pour les conseils éclairés qu'ils ont bien voulu nous prodiguer.

Qu'il nous soit permis d'adresser à Monsieur le Professeur Gillot tous nos remerciements pour

l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse. Pendant le semestre passé dans son service, il a toujours guidé nos recherches avec une bienveillante sollicitude et a bien voulu s'intéresser à notre modeste travail; nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Montpellier nous a inspiré le sujet de cette thèse ; nous lui sommes doublement obligés et de ses conseils et de l'amitié qu'il nous a prodigués.

Nous sommes heureux d'assurer Monsieur le Docteur Saliège de notre affection profonde ; nous conserverons du temps trop court passé chez lui un excellent souvenir.

Nous remercions bien vivement Monsieur le Docteur Pélissard de sa bienveillance à notre égard pendant notre séjour à l'hôpital Parnet.

Nous n'oublierons pas non plus les conseils amicaux et éclairés que Monsieur Kopp, pharmacien en chef de l'hôpital de Mustapha, a bien voulu nous prodiguer en maintes circonstances.

Nous n'oublierons jamais l'enseignement et la bienveillance de Monsieur le Professeur Argaud et lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent également à tous nos Maîtres, Monsieur le Docteur Curtillet, doyen de la Faculté, et Messieurs Vincent, Tournade, Leblanc, Rouvier, Soulié, Goinard, Fuster, Cabanes, Bernasconi, L. Reynaud, Ferrari, Flottes, M. Raynaud, Lombard et Poujol.

Que tous nos camarades, ceux qui ont été militaires et ceux qui n'ont pu le devenir, trouvent ici l'assurance de notre profonde amitié.

Monsieur le Professeur Brault avait guidé nos premiers pas ; nous tenons à donner ici à sa mémoire le témoignage d'un souvenir plein de regret.

A ceux qui ne sont plus, nous adressons enfin un souvenir ému et saluons du fond du cœur la mémoire de tous nos camarades tombés glorieusement au champ d'honneur.

PREMIÈRE PARTIE

Le Siège du Bubon. — Sa prédominance à gauche

Introduction. — Les classiques nous disent que le bubon siège d'habitude dans les ganglions qui correspondent anatomiquement au territoire cutané du chancre. (Darier, Dubreuilh).

« En règle générale, nous dit Forgues, l'engorgement « porte sur le ganglion, auquel aboutissent les lympha- « tiques efferents du point infecté. »

Or, en juillet 1917, Monsieur le docteur Montpellier publiait, dans les *Annales des Maladies vénériennes*, une note relative au siège du bubon. En voici les conclusions :

« 1° L'infection régionale est orientée le plus souvent « (58 %) vers l'aine gauche, les ganglions droits ne se « prenant que dans 26 %. Donc, le bubon gauche est au « moins deux fois plus fréquent que le bubon droit.

« 2° S'il y a parfois concordance au point de vue loca- « lisation à tel ou tel côté de l'axe médian du corps entre « la chancrelle et son adénite suppurée (cela surtout « dans les chancres des bourses et du pubis), le plus « souvent (chancres de la verge), cette concordance « n'existe pas. Il n'est évidemment pas douteux que cette « prédominance du bubon à l'aine gauche est sous la « dépendance directe du dispositif particulier des vais-

« seaux lymphatiques superficiels des organes génitaux.
« Or, si l'on s'en rapporte aux traités d'anatomie les
« plus courants, il faudrait admettre que les vaisseaux
« lymphatiques de la verge, réunis sur le dos de cet
« organe en un ou plusieurs troncs, se divisent au niveau
« du pubis en deux groupes afférents se partageant à
« droite et à gauche.

« Il serait intéressant de contr ler cette description-
« *A priori*, il semble qu'elle doive être inexacte et que
« les canaux lymphatiques des organes génitaux con-
« fluent pour la plupart vers le groupe ganglionnaire
« inguinal gauche. »

Rien n'avait été écrit jusqu'alors en ce sens et Monsieur le docteur Montpellier est le premier qui ait attiré l'attention sur ce point. Nous avons voulu, sur ses indications, continuer les recherches faites en ce sens.

1. — Prédominance du Bubon à gauche

La statistique du docteur Montpellier porte sur 55 cas de bubons qui se répartissent ainsi :

	Gauches	Droits	Doubles	Total
Hommes	29	13	8	50
Femmes	3	2	0	5
			TOTAL.....	55

Notre statistique porte sur 61 cas qui se répartissent ainsi :

Bubons :	Gauches	Droits	Doubles	Totaux
Elément civil	24	12	3	39
Elément militaire	13	6	3	22
	37	18	6	61

Nous avons donc trouvé, comme le docteur Montpellier, une prédominance sensible des adénites suppurées à gauche. Le pourcentage donne :

Bubons gauches	60,65 %
» droits	29,50 %
» doubles.....	9,85 %

Ces chiffres nous autorisent à affirmer que le bubon gauche est deux fois plus fréquent que le droit.

2. — Concordance entre le siège de la lésion et le bubon

Parmi les observations mises à notre disposition ou recueillies par nous-mêmes nous n'avons pu étudier cette concordance que sur 15 cas ; soit que la chancrelle soit située sur la ligne médiane, soit que le siège exact de la lésion ne soit pas mentionné, nous avons éliminé systématiquement tout ce qui était de nature à fausser nos résultats.

Voici un tableau résumé de ces 15 cas, indiquant le siège du bubon et celui du chancre mou :

N°	Noms	Siège du bubon	Siège de la lésion	Observations
1	M. P.	Bubon gauche	Sillon à gauche	Concordance
2	J. A.	— droit	Fourreau à droite	Concordance
3	F. M.	— droit	Sillon à gauche	Croisé
4	H. S.	— droit	Prépuce à droite	Concordance
5	O. O.	— droit	Méat à droite	Concordance
6	G. T.	— droit	Sillon à droite	Concordance
7	A. A.	— gauche	Sillon à droite	Croisé
8	B. S.	— gauche	Fourreau à droite	Croisé
9	A. V.	— droit	Sillon à droite	Concordance
10	L. A.	— gauche	Fourreau à gauche	Concordance
11	S. F.	— gauche	Prépuce à droite	Croisé
12	B. M.	— gauche	Racine verge à gauche	Concordance
13	N. C.	— gauche	Sillon à gauche	Concordance
14	F. J.	— gauche	Prépuce à gauche	Concordance
15	A. S.	— droit	Fourreau à droite	Concordance

D'où il ressort qu'il y a concordance dans 11 cas et non concordance dans quatre cas.

Nous devons ajouter que nous n'avons pas eu l'occasion de voir de chancrelle des bourses et que tous nos cas se rapportent à des chancrelles de la verge.

3. — Conditions anatomiques

A la suite de ces constatations, nous avons voulu savoir quelle était la disposition anatomique des lymphatiques de la région.

Voici le résultat de nos recherches bibliographiques :

Les lymphatiques de la verge se divisent en lymphatiques superficiels et lymphatiques profonds :

a) Les lymphatiques superficiels proviennent du prépuce et du raphé ; ils donnent naissance à un faisceau dorsal qui, arrivé à la racine de la verge, se bifurque pour venir se jeter à droite et à gauche dans le groupe supéro-interne des ganglions de l'aine ;

b) Les lymphatiques profonds viennent du gland ; ils forment le tronc lymphatique profond dorsal qui se bifurque également à la racine de la verge pour se rendre à droite et à gauche au groupe supéro-interne des ganglions inguinaux.

Telle est, très schématisée, la description classique, mais il n'en pas toujours ainsi :

Le tronc unique dorsal soit superficiel, soit profond, peut ne pas se bifurquer (*Marchand*, *Poirier*),. Ce tronc unique se comporte ainsi (Marchand cité par Bartels), il se rend :

1) *D'habitude* aux ganglions gauches.

2) *Quelquefois* après bifurcation dans les ganglions inguinaux des deux côtés.

3) *Exceptionnellement* au côté droit.

Les auteurs modernes nient presque l'existence d'un tronc unique dorsal profond ; Cunéo et Marcille, Kutner et Bruhns le citent comme une exception ; Bartels dit ne l'avoir jamais vu ; ces anatomistes ont toujours rencontré des troncs multiples dont le nombre varie de deux à quatre. Dans ce cas, ils cheminent chacun jusqu'aux ganglions du côté homologue. Ces différents vaisseaux peuvent aussi s'entrecroiser en X sur la ligne médiane pour aboutir à un ganglion situé du côté opposé à celui dont ils proviennent (*Testut*).

D'ailleurs, d'après Marcille, ces divers troncs perdraient leur individualité en s'anasmotosant au niveau d'un carrefour auquel il a donné le nom de « Carrefour présymphysien ». Mais il s'agit là des lymphatiques profonds et la prédominance d'une voie lymphatique superficielle gauche n'a pas été combattue depuis sa découverte.

D'autre part, Kuttner, et Marcille plus tard, signalent l'existence d'un tronc suspubien qui enjambe la symphyse en passant entre les muscles droits, se porte à *gauche* le long du bord supérieur du bassin, se bifurque à ce niveau pour se terminer aux ganglions inférieurs et moyen de la chaîne interne des iliaques externes ; pour Kuttner ce tronc émanerait du gland, Marcille lui attribue une origine uréthrale (1).

---

(1) Nous avous essayé nous-mêmes d'injecter sur trois cadavres les lymphaliques de la verge. Nous avons échoué et n'avons pu contrôler le dispositif anatomique dont nous parlons plus haut.

4. — Conclusions

Nous avons trouvé dans ce dispositif anatomique l'explication du problème que nous nous étions proposé de résoudre :

1) Il semble, en effet, indubitable que l'infection s'oriente le plus souvent vers les ganglions gauches dont l'irrigation est la mieux établie.

2) Quant à la concordance entre le siège de la lésion et celui du bubon, l'entrecroisement en X, les anastomoses fréquentes, l'existence du carrefour présymphysien de Marcille nous permettent de concevoir aisément que toutes les modalités sont possibles. Il nous semble donc qu'aucune règle immuable ne puisse être établie en cette matière.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement du Bubon

Introduction. — Dans l'antiquité, il est probable qu'on ne connût que le bubon inflammatoire, et si le bubon chancrelleux fut observé, on ne sut pas le distinguer du premier.

Au Moyen Age, le bubon chancrelleux fut décrit par Guillaume de Salicet, Guy de Chauliac, Lanfran de Milan, dont les ouvrages ne laissent aucun doute à cet égard, mais aucun traitement particulier ne fut établi (Laporte).

Avec l'apparition de la syphilis en Europe, naquit une confusion et tout bubon fut considéré comme syphilitique.

D'ailleurs, pour les médecins de cette époque, la suppuration de l'adénite était une voie que se frayait la nature elle-même pour l'expulsion des principes morbides, et l'on n'avait garde de tarir une suppuration si bienfaisante.

Ces idées régnèrent pendant les XVI[e] et XVII[e] siècles, vers le milieu du XVIII[e] siècle, quelques médecins s'élevèrent contre cette manière de voir. C'est Hunter surtout qui combat ces doctrines ; mais continuant à regarder les bubons comme syphilitiques, il veut qu'on les traite par le mercure. Plus tard, vers 1850, les traitements changent; on recommande à cette époque la destruction

du chancre ou la section sous-cutanée des lymphatiques; cette deuxième méthode fut préconisée par Diday (*Journal de médecine de Lyon*, 1843) ; ce moyen n'est jamais sorti du domaine de la théorie.

C'est vers cette époque que l'on préconise pour la première fois la compression (Fergusson) et l'application de pommade au nitrate d'argent (Anvers, 1848). Enfin, c'est à Ricord et à Bassereau son élève que revient l'honneur d'avoir fait cesser une confusion pénible et d'avoir tracé et démontré l'autonomie de la syphilis, de la chancrelle et de la blennhorragie.

I. — Classification thérapeutique

Nous n'avons pas la prétention d'étudier ,dans ce travail, tout ce qui a été écrit concernant le traitement des adénites chancrelleuses ; nous avons voulu simplement rapporter les résultats de notre expérience personnelle après une revue rapide de ce qui a été fait. Encore avons-nous éliminé systématiquement le mode de traitement des bubons ulcérés dont la thérapeutique est celle des chancres mous.

1. — *Méthodes indigènes.*— Avant de parler des différents traitements du bubon, nous tenons à dire un mot des procédés employés par l'indigène en Algérie, contre cette affection. Le médecin arabe indigène connaît fort bien le bubon ; il l'appelle oulsiss (mot à mot « la veine ») car c'est elle qui serait enflammée dans le bubon. Les méthodes sont variées.

a) Chez l'Arabe, il est d'usage de coucher le malade et de lui imposer le repos, après quoi l'on fait chauffer une poignée de gros sel marin sur un plat en terre ; ce sel « grillé » (sic) est ensuite enveloppé dans une mousseline, de façon à en faire un sachet que l'on trempera

dans l'huile chaude et que l'on promènera sur le ganglion enflammé et à sa périphérie ; l'opération est renouvelée trois ou quatre fois plusieurs jours de suite.

Une autre méthode consiste à faire de la révulsion ignée à l'aide d'une branche d'arbuste réduite à l'état de braise, certains recommandent localement les cataplasmes chauds de son et l'ingestion d'une décoction de clous de girofle.

b) Les Kabyles confectionnent avec de l'huile et du noir de fumée une pommade avec laquelle ils frictionnent le bubon. Les oignons sont aussi très en honneur ; les feuilles du bulbe sont chauffées et appliquées sur le ganglion jusqu'à ce que celui-ci « éclate » (sic). L'on préconise encore le procédé suivant : on écrase des oignons, le jus de ceux-ci est mélangé à parties égales avec de la farine de blé ; l'on obtient ainsi une pâte molle dont on couvrira le poulain après l'avoir frictionné énergiquement à l'huile chaude.

Il est à remarquer qu'aux yeux de l'indigène, l'emploi de l'oignon sert surtout à faciliter l'ouverture du bubon et l'évacuation du pus : c'est une méthode curative et non abortive. Lorsque l'un des procédés énumérés ci-dessus ne réussit pas, l'on en déduit que l'affection est grave et, abandonnant le bubon à son sort, l'on traite uniquement le chancre qui pour eux serait alors syphilitique.

Voici, à titre de document, la thérapeutique antisyphilitique employée par les indigènes : Avec un sel de mercure rouge (probablement du cinabre) et des essences aromatiques (myrrhe ,encens) on fait une pâte que l'on divise en pilules de la grosseur d'une bille ; tous les soirs pendant sept jours, le malade s'enferme dans une chambre bien close, met une pilule sur un brasier et en respire les vapeurs, le patient aura bien soin de se remplir la

bouche d'huile pour éviter les accidents (gengivites, chute des dents), il respirera par le nez, les yeux fermés. Pendant ce traitement, diète, repos, pas de tabac. La médication est suspendue si l'on constate des signes d'intolérance se traduisant par des céphalées violentes, vomissements, selles sanglantes, érythèmes.

2. — Thérapeutique purement médicale

Cliniquement le bubon se présente sous deux aspects bien différents : ou il est tout récent, petit, induré ; ou bien, au contraire, il est avancé, volumineux et fluctuant. C'est dans le premier cas que nous aurons recours aux moyens médicaux. Tous les auteurs se sont accordés de tout temps à reconnaître que le repos et l'absence d'irritation sont les deux conditions absolument nécessaires à la résolution de l'adénite au début.

a) *Le repos* au lit doit être complet, les malades s'y soumettent difficilement et il est essentiel de leur en bien faire comprendre l'utilité.

b) *La compression* est un excellent adjuvant, préconisé de tout temps ; autrefois, l'on installait, sur la tumeur, protégée par des compresses, un sac de sable ou de plomb pesant deux ou trois livres (Fournier). Actuellement le pansement ouaté compressif remplace avantageusement cette méthode surannée ; on place au niveau de la tumeur un tampon d'ouate que l'on fixe à l'aide d'un spica très serré. L'on renouvelle ce pansement chaque fois qu'il paraît s'être relâché et tant que l'adénite n'a pas diminué, jusqu'à guérison totale apparente. Encore faudra-t-il la bien surveiller pour recommencer le traitement à la moindre alerte. Cette compression est encore employée de nos jours et donne d'incontestables résultats chez des malades dociles.

c) L'action du *froid* a été tentée sans grand succès ; on maintenait en permanence des vessies de glace sur la tumeur ; cette méthode est aujourd'hui complètement abandonnée.

d) Beaucoup plus efficaces ont été les traitements par *la chaleur :* les émollients sous forme de cataplasmes ou de pansements humides chauds sont universellement employés. Nous signalerons en passant les bains de siège à 41° auxquels Aubert accordait tant de confiance : les résultats ne furent point encourageants.

e) En même temps que la compressoin, l'on a fait sur l'adénite des *applications médicamenteuses* ; nous citerons les plus courantes :

C'est d'abord l'*onguent napolitain*, dont on a fait un usage immodéré au point de provoquer des érythèmes tenaces ; on l'emploie de préférence dédoublé de vaseline, en frictions.

La teinture d'iode est très employée.

Remplacée quelquefois par la *pommade iodo-iodurée :*

Iode métallique		0,60
Iodure de K		4, »
Vaseline Lanoline	aâ	15, »

Ou encore par une pommade à l'Ichtyol :

Ichtyol		10 gr.
Vaseline Lanoline	aâ	15, »

L'on s'est servi du nitrate d'argent en promenant le crayon pendant 5 à 6 secondes sur la peau mouillée. Cordier a préconisé les badigeonnages de collodion iodoformé. Ce dernier procédé est aujourd'hui abandonné ainsi que les sangsues, les scarifications (chancrellisa-

tion du bubon), les vésicatoires suivis de pansements au sublimé (Velpeau, Guérin), etc. En 1898, Zarifian cite 13 guérisons sur 17 malades en employant des pulvérisations phéniquées ou sublimées à l'aide de l'appareil de Lucas Championnière.

f) Un mot de la *radiothérapie*. Surtout employée par Lassueur, qui prétend en obtenir des résultats merveilleux, elle fut préconisée en Allemagne par Wittig ; ce dernier s'en est bien trouvé ; mais ses conclusions basées sur onze cas seulement n'ont pas convaincu les spécialistes en cette matière. Il n'en est pas pas de même de l'aérothérapie ; très employée de nos jours sur les bubons chancrellisés, on projette l'air chaud à 300 degrés d'abord pour stériliser, puis on douche à 60-70°.

g) Avant de terminer ce chapitre, nous avons tenu à ajouter quelques lignes sur le *traitement général*, celui qui s'adresse directement à l'infection, au microbe pathogène. Se basant sur les principes de la méthode de Wright (injection au malade de microbes tués par la chaleur ou autrement), le savant japonais Tashuta Ito avait entrepris des recherches sur le séro-diagnostic du chancre mou. Cet auteur s'est servi du liquide de condensation de deux tubes de culture sur gélose au sang additionné de 1 ctm³ de sérum et 0,05 % d'acide phénique (pour assurer la conservation du liquide). Le tout est chauffé à 60° pendant deux heures et l'on obtient un vaccin grâce auquel Tashuta Ito a pu faire l'intra-dermoréaction des infections à bacilles de Ducrey — 1 ou 2 cm³ en injections intramusculaires feraient disparaître un bubon volumineux en une semaine et les douleurs presque immédiatement. Nous n'avons pas eu l'occasion de voir employer ce mode de traitement et le citons à titre de document.

3. — Thérapeutique chirurgicale

Quels que soient les moyens médicaux employés, le plus souvent l'adénite ne regresse pas. (D'une statistique empruntée aux docteurs Dubreuilh et Lasnet, il ressort que sur 136 bubons, 26 seulement se sont résorbés). Il arrive alors que la tumeur grossit, le ganglion atteint se noie dans un empâtement de périadénité, la peau devient adhérente, rouge et enflammée, la douleur devient pulsatile, on sent une fluctuation très nette ; il convient alors de s'adresser à des moyens plus actifs pour empêcher l'ouverture spontanée du bubon et les suites qu'elle comporte.

A) — *Incision.* — Autrefois, l'on traitait les bubons comme des abcès vulgaires, on les incisait tous à maturité. En voici la technique : la peau lavée, rasée avec une solution antiseptique est ouverte sur toute la longueur du bubon, la cavité est lavée avec une solution antiseptique forte (acide phénique 1/20, sublimé 2 %, chlorure de zinc 1/20); puis on applique un pansement iodoformé. L'antisepsie la plus rigoureuse doit être observée pour éviter la chancrellisation. L'on a beaucoup discuté sur le trait d'incision : tout d'abord on le recommande parallèle à l'arcade crurale, puis perpendiculaire (Panas et Terrillon). Actuellement, l'on revient à l'ancienne méthode : l'incision parallèle à l'arcade crurale donnerait des cicatrices aussi longues, mais moins larges et moins apparentes. (Queyrat). L'on est beaucoup revenu aujourd'hui de cette méthode brutale et douloureuse, elle favorise souvent la chancrellisation et retarde la guérison. Nous verrons plus loin d'ailleurs, au sujet de la pathogénie du bubon, que la brusque irruption d'oxygène dans la cavité peut avoir les effets les plus néfastes en réactivant, les strepto-bacilles en train de mourir. Néanmoins, il faut le reconnaître, il est des cas

(peau amincie, décollée et tendue, bubon trop mûr) où la méthode gagne à être employée.

B). — *Extirpation des ganglions.* — L'ablation totale de la tumeur a été pratiquée en Italie et en Allemagne et a eu beaucoup de vogue, il y a 25 ans. Après anesthésie au chloroforme, la peau décollée était réséquée, les ganglions enflammés suppurés ou non étaient extirpés au doigt ou à la curette et la cavité béante était bourrée de gaz iodoformée. Cette méthode a été vivement combattue surtout pour le bubon chancrelleux :

« Si on opère au début, nous dit Dubreuilh, on risque « d'extirper un bubon qui aurait pu avorter ; si on « attend, au contraire, que le pus soit nettement col- « lecté, on risque d'inonder la plaie de ce pus, qui peut « être virulent et on augmente encore les dangers de « l'incision simple par l'étendue de surfaces qui « seraient alors infectées. »

En outre, cette opération présente des dangers immédiats, Neisser, Aubry, ont signalé des ulcères chroniques de la vulve, l'ouverture des vaisseaux fémoraux (cela s'est vu d'après Dubreuilh) a donné lieu à des hémorragies graves dont deux furent mortelles et Spiciska a constaté des œdèmes persistants de la verge consécutifs à l'extirpation bilatérale des ganglions inguinaux ; on prive, en effet, la chaîne lymphatique d'un relais important et l'on crée un obstacle à la circulation de retour. Quoi qu'il en soit, le procédé paraît complètement abandonné aujourd'hui.

C. — *Ponction au bistouri.* — Nous ne faisons que la signaler, car elle fut peu pratiquée ; dès les débuts on y adjoignit les injections modificatrices sur lesquelles nous reviendrons plus longuement.

D. — *Ponction aspiratrice.* — C'est en 1873 que Julien s'inspirant du traité de l'aspiration de Dieulafoy, em-

ploie cette méthode au traitement des bubons. Bien auparavant, Crocq avait pratiqué la ponction simple des adénites inguinales à maturité ; les résultats n'avaient pas été très bons et sa méthode avait été complètement abandonnée (P. Fournier). Un peu plus tard Le Pileur recommande ce traitement et en obtient les meilleurs résultats. Voici sa technique : Après asepsie de la région, on enfonce une aiguille vétérinaire dans la partie la plus fluctuante du bubon ; on en vide le contenu à l'aide d'une seringue et l'on introduit dans l'orifice une petite mèche de gaze imbibée d'une solution de nitrate d'argent au 1/30e ; l'on applique ensuite un pansement compressif. L'opération est renouvelée tous les deux ou trois jours, en pratiquant la piqûre dans le même orifice. La guérison était obtenue en 24 jours (temps moyen).

E. — *Méthode de Bier.* — En 1907, s'inspirant du traité de Bier sur l'hyperhémie et son action thérapeutique Delagenière, Klapp, Queyrat appliquaient les ventouses au traitement du bubon, P. Fournier y consacrait sa thèse.

Après antisepsie de la région, on applique la ventouse; il ne faut faire qu'un vide très modéré, la peau doit à peine rougir ; l'opération ne doit pas être douloureuse; Klapp applique la ventouse pendant trois quarts d'heure tous les jours avec des interruptions de trois minutes toutes les cinq minutes.

Fournier fait deux séances par jour, une demi-heure le matin, une demi-heure le soir sans interruption. Dans les bubons arrivés à suppuration, il joint au traitement des ponctions qu'il appelle « capillaires », en réalité, elles sont loin d'être capillaires, puisqu'il recommande l'emploi de grosses aiguilles pour éviter l'obstruction de celles-ci par un pus trop épais. Voici les conclusions de Fournier :

1) L'hyperhémie à elle seule est incapable d'empêcher la suppuration ;

2) Associée aux méthodes capillaires, c'est la méthode la moins douloureuse ;

3) Elle ne laisse aucune cicatrice ;

4) Si on ajoute une injection d'oxycyanure de Hg, aux avantages précédents, se joint une rapidité d'évolution inconnue jusqu'à ce jour (4 cas guéris respectivement en 5 ,5, 12 et 6 jours).

F. — *Le drainage filiforme* employé ces dernières années n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Nous donnerons à la fin de ce travail quelques observations qui militent peu en sa faveur.

4. — Les injections médicamenteuses

Alliant la méthode de résolution aux agents chirurgicaux, les injections médicamenteuses les plus diverses ont été employées dans le but de perfectionner la thérapeutique des bubons. Avec les unes, il faut attendre que le bubon soit arrivé à maturité ; les autres tendent à devancer cette suppuration par des injections intraganglionnaires pratiquées dès le début.

A. — *Injections iodées.* — Les injections médicamenteuses comme méthode de traitement sont bien antérieures à notre époque ; l'idée d'introduire un liquide modificateur dans la cavité des bubons n'est pas tout à fait nouvelle. En effet, dès 1852, le docteur Hanse, médecin militaire, préconise les injections iodées ; après ponction, évacuation du pus et lavage de la cavité à l'eau bouillie, il injectait dans le bubon la liqueur suivante :

Vin aromatique	2 parties
Teinture d'iode	1 »

Il retenait le liquide cinq minutes dans la cavité de la tumeur en appliquant le doigt sur l'orifice créé par la ponction. Hanse cite deux guérisons obtenues en dix jours.

Actuellement encore, l'iode est préconisé et employé sous forme d'enfumage ; l'iode naissant est projeté dans la poche vidée de son contenu ; l'opération est renouvelée deux ou trois fois et l'on cite des guérisons en sept jours.

B. — *Acide phénique.* — En 1882, Taylor et en 1885 Armstrong eurent l'idée d'employer les injections intra-ganglionnaires en poussant dans un ganlgion suppuré ou simplement engorgé un liquide modificateur à l'aide de la seringue de Pravaz. On injectait X à XX gouttes d'une solution d'acide phénique au 1/100 ; on plaçait ensuite un sac de plomb de trois livres sur la région ; suivant la grosseur de la tumeur on faisait encore une ou deux injections.

Armozan et Vigneron employèrent plus tard (1891) l'eau phéniquée à 40 %. Gamel en 1892 employait la formule suivante :

Acide phénique cristallisé	10 gr.
Camphre	25 gr.

C. — *Nitrate d'argent.* — Employé d'abord par Diday Mauriac, puis Fournier, le nitrate d'argent fut surtout préconisé par Cordier en 1889. Il recommandait de faire la ponction très tôt au risque de ne pas trouver de pus. Après la ponction, le pus étant évacué, une injection modificatrice d'un centimètre cube d'une solution de No^3 Ag à 1/50e est poussée dans le bubon où elle est laissée ; on fait par-dessus un pansement aseptique recouvert d'un bandage légèrement compressif ; le repos absolu au lit est exigé. Il se produit, pendant trois ou quatre jours, une suppuration abondante qui devient

rapidement séreuse ; on renouvelle le pansement tous les jours ; la guérison est obtenue dans les deux tiers des cas en dix à douze jours.

Laporte et bien des modernes ont adopté cette méthode qui a encore ses défenseurs de nos jours. Elle fut très en honneur ici avec le professeur Brault. Nous donnons quelques observations puisées dans son service : les durées de traitement sont bien longues.

Voici quelle était la technique du Professeur Brault :

Après ponction étroite du bubon et expression de la poche, on pratiquait une injection de nitrate d'argent à 1 ou 2 %. Puis on laissait à demeure un paquet de crins de Florence destinés à drainer la cavité ; tous les jours on exprimait la poche, l'on faisait une injection de nitrate et on replaçait les crins, ceci jusqu'au moment où il ne sortait plus du bubon qu'une sérosité claire non purulente ; à ce moment, l'on cessait toute médication et l'on faisait un pansement ouaté compressif. Cette méthode, nous l'adoptons encore dans les cas de bubons hypermûrs et dans les cas où le procédé de Fontan n'a pas donné de bons résultats. On obtient la guérison en 20 à 25 jours comme en font foi les observations que nous apportons plus loin.

D. — *Iodoforme.* — D'après la thèse du docteur Von Eischtorff en 1889, nous voyons qu'un an auparavant, le professeur Verneuil se servait déjà des injections d'éther iodoformé au 1/10e. On ponctionne le bubon avec un trocart à hydrocèle, puis on injecte quelques centimètres cubes de la solution ; il faut faire attention à ce que l'éther évaporé par la chaleur ne distende la poche ; dans ce cas, on le laisse s'évaporer par le trocart laissé dans la plaie ; puis on retire le trocart en laissant dans le bubon une petite quantité d'éther ; pansement compressif et repos.

Gamel (1892) injecte un centimètre cube par semaine.

Queyrat (cité par Fournier 1907) a employé cette méthode et y a renoncé, n'en ayant obtenu aucun bon résultat.

L'iodoforme a été associé depuis à la vaseline, à l'huile de vaseline, à la glycérine. Nous y reviendrons plus loin en étudiant la méthode de Fontan.

E. — *Le chlorure de zinc.* — Employé par Rollet et Mauriac, le chlorure de zinc fut érigé en méthode par Balzer en 1891. On pratique la ponction lorsque le pus est collecté et l'on fait un badigeonnage au chlorure de zinc à 1 % ; procédé douloureux à cicatrisation lente.

Ce même produit entre dans la composition de la pâte de Socin qui fut également recommandée :

Oxyde de zinc	10 gr.
Chlorure de zinc	1 gr.
Eau distillée	Q.S.

F. — *Sels de mercure.* — Cordier, en 1889, se servait de sublimé à 1 %.

En 1890, un Suédois, le docteur Wélander, de Stockholm, injectait une ou deux seringues de Pravaz d'une solution de benzoate de mercure à 1 % ; après injection, il recouvrait la région d'une couche d'ouate imbibée d'une solution de sublimé au 1/1000e et par-dessus un pansement compressif. Voici la formule de la solution de Welander :

Benzoate de Mercure	1 gr.
Chlorure de sodium	0 gr. 50
Eau distillée Q. S. p.....	100 gr.

Tout d'abord, pendant deux ou trois jours, les phénomènes inflammatoires redoublent, puis se calment ; dans les cas favorables, la guérison est obtenue en une dizaine de jours, mais dans les deux tiers des cas, le

bubon continue son évolution. Welander a lui-même formulé ainsi les indications de sa méthode :

1° Si le bubon est virulent, il évolue malgré l'injection ;

2° Si la fluctuation est prononcée, l'incision est nécessaire ;

3° Si la fluctuation est peu marquée, il y a quelques chances de succès ;

4° S'il n'y a pas de fluctuation, la guérison est obtenue dans 90 % des cas.

Ce traitement a eu une grande vogue à l'époque, mais son application en est assez restreinte. Il a été employé depuis par Spietska, Balzer, Yvinec, Brousse et Bothezat. Ces derniers ayant voulu rechercher quelle valeur il fallait attribuer à la méthode de Wélander, l'ont appliquée au traitement de quelques bubons qui n'étaient pas encore arrivés à la période de suppuration ; leurs expériences ont porté sur dix cas seulement ; ils ont injecté un centigramme (0 gr. 01) de benzoate de mercure en pratiquant deux piqûres, une à chaque extrémité du ganglion ; ils appliquaient ensuite des compresses de sublimé et un bandage compressif. Ils ont constaté qu'à la suite de l'injection ainsi faite, il se produisait constamment une réaction locale et surtout générale, faits passés sous silence par Welander, Lœtnike et Spietka. Au point de vue du résultat obtenu, ils ont eu un seul succès sur les dix cas traités ; dans les autres, l'injection n'a pas arrêté la marche vers la suppuration, ils ont été obligés de recourir à l'incision. Parmi les phénomènes généraux observés, ces deux auteurs citent : fièvre à 39°, céphalalgies, vomissements.

Balzer, qui a essayé de remplacer le benzoate de mercure par une solution de sublimé à 1 p. 200, n'a pas obtenu des résultats meilleurs que ceux de la méthode précédente.

G. — *Médicaments divers.* — Vers 1869, on s'est beaucoup occupé à Vienne du traitement des bubons. La méthode des injections interstitielles faites dans l'idée de modifier la virulence du pus, fut proposée par Wertheim qui employa tour à tour des solutions de camphre, de sulfate de cuivre et de chlorhydrate de morphine. Il donnait la préférence à ces dernières qui ont certainement le mérite de calmer la douleur, mais qui, d'après Foucher, Danielli et Jullien, sont inférieures aux solutions de sulfate de cuivre, chloral, chlorate de potasse et acide salicylique.

Le sulfate de cuivre a été préconisé depuis par Aubert et Gailleton. Tout récemment on en préconisait l'emploi sous forme de pommade à 1 p. 1000. Nous avons tenté nous-même l'injection d'électro-cuprol, sans succès d'ailleurs. (Observation VIII.)

En 1897, Djelaledin injectait du gaïacol.

On a tenté, sans succès, le xéroforme (Hallopeau et Teineive, 1905).

Pendant la guerre, le docteur Goubeau, médecin du centre de vénéréologie de la IV^e^ armée, inaugurait un mode de traitement basé sur l'emploi in situ de l'arséniate de soude. Peu de temps après, le docteur Poirson apportait une légère modification en adjoignant de l'éther à la solution aqueuse d'arséniate de soude. Voici la technique du traitement tel que nous la relevons dans le bulletin de la Société Thérapeutique de 1919, p. 661 :

1°) Si le bubon n'est pas encore ramolli, on injecte en plein ganglion 1 ou 2 cc (0,01 ou 0,02) d'une solution aqueuse d'arséniate de soude à 1 p. 100, injection qu'on renouvelle tous les deux jours si c'est nécessaire ;

2°) S'il y a un bubon avec abcès collecté, celui-ci est vidé par ponction avec un petit trocart ; les brides qui sont à l'intérieur sont dilascérés par des mouvements

de circumduction de l'instrument. Puis l'on injecte aussitôt après 1 ou 2 cc. de la solution aqueuse au 1/100e d'arséniate de soude, à laquelle on aura ajouté, au moment même de son emploi, un demi-centimètre cube d'éther, en ayant soin d'agiter fortement dans la seringue. L'adjonction d'éther qui devient gazeux à la température du corps permet de distendre modérément la cavité du bubon et projette l'arséniate de soude dans toutes les anfractuosités ; le volume d'un demi-centimètre cube d'éther paraît ne pas devoir être dépassé, car la dilatation excessive de la poche pourrait avoir des inconvénients. On devra renouveler l'injection les jours suivants.

3° S'il s'agit d'un bubon ouvert, décollé, anfractueux, le mieux est de le traiter comme le chancre lui-même, par toilette à l'éther et badigeonnage avec la solution suivante :

	Arséniate de soude	1 gr.
—	Alcool à 95°	50 gr.

Enfin, nous terminerons ce chapitre en mentionnant simplement une autre méthode toute récente sur laquelle nous n'avons aucune expérience personnelle et qui n'est qu'une modification du procédé de Fontan. Nous voulons parler des injections modificatrices d'huile xylo-iodoformées préconisées par MM. Hudelo et Rabut en novembre dernier.

5. — La Méthode de Fontan

C'est en 1889, que, reprenant la méthode d'Otis, Fontan, médecin de la marine française vulgarisa le traitement des bubons par la vaseline iodoformée.

A. — *Technique*. — Voici les différents temps de l'opération tels qu'ils ont été pratiqués par Fontan :

1° *Ponction du bubon.*— On doit, au préalable, s'entourer de toutes les précautions antiseptiques indispensables à la réussite de toute opération chirurgicale. La région inguinale, siège du bubon, sera soigneusement lavée à l'eau chaude et au savon et rasée. On fera sur la région plusieurs lotions avec un liquide antiseptique, de préférence la liqueur de Van Swieten dédoublée. L'opérateur aura lui-même fait soigneusement la toilette de ses mains. La ponction doit se faire avec un bistouri droit à lame étroite ; les instruments seront également aseptiques. C'est au niveau du point le plus culminant du bubon où la fluctuation est la plus nette que l'on doit ponctionner ; cette ponction doit être aussi étroite que possible et tout en permettant l'évacuation du pus, n'admettre que le bec d'une seringue à injection en verre. On enfonce donc le bistouri perpendiculairement : une goutte de pus vient sourdre à la surface de la plaie ; tel est le premier temps de l'opération.

2° *Evacuation totale du pus.* — Ce pus peut sortir en bavant, ou présenter une certaine difficulté dans son évacuation, par suite de la présence de grumeaux, de fongosités. C'est alors qu'il faut exécuter le deuxième temps, c'est-à-dire l'expression de la poche.

Cette expression se fait par la pression successive des doigts ; il est utile d'employer les deux mains ; les pressions doivent être faites lentement, méthodiquement sur tous les points de la circonférence du bubon ; il faut, en un mot, pratiquer la malaxation de la poche purulente jusqu'à évacuation complète du pus. Toute goutte de pus laissée au fond de la poche, sert, en quelque sorte, de culture et reproduira la suppuration.

On reconnaîtra que l'on a expulsé tout le pus lorsque l'on verra sourdre un liquide sanguinolent.

Tel est le deuxième temps de l'opération, le seul vraiment douloureux.

3° *Lavage de la poche au Van Swieten.* — Ce lavage a pour but de déterger la poche purulente des débris que la pression n'aurait pu chasser. Elle a un autre but qui n'est pas le moins important : c'est celui d'aseptiser complètement la poche en s'introduisant dans toutes les anfractuosités de la cavité ; une, deux, plusieurs injections sont quelquefois nécessaires pour arriver au résultat cherché. On ne doit cesser les lavages que lorsque le liquide sort à peu près exempt de souillures de la cavité purulente. L'injection doit être faite avec une seringue en verre stérilisée ; le liquide employé est la liqueur de Van Swieten dédoublée.

4° *Injection replétive de vaseline iodoformée.* — Le quatrième temps du traitement consiste à injecter de la vaseline iodoformée liquide, chaude, dans la cavité du bubon. La vaseline iodoformée est au 1/10°. On fait fondre cette pommade au bain-marie; il est un point important à retenir, c'est que l'injection doit être replétive dans tous les cas ; c'est-à-dire remplir exactement toutes les anfractuosités de la cavité. Il est bon dans tous les cas aussi, d'en injecter une trop grande quantité plutôt que de s'exposer à recommencer l'opération.

5° *Pansement consécutif.* — Immédiatement après l'injection de vaseline et dès que le bec de la seringue a quitté les lèvres de la plaie, on applique un fort tampon imbibé de solution mercurielle froide ; ce tampon est recouvert d'un morceau de gutta et le tout est maintenu en place par un spica de l'aine, modérément serré. On prescrit enfin au malade le repos. Il va sans dire que ce traitement serait sans effet, si l'on ne soignait en même temps la cause, je veux dire le chancre mou.

B. — *Modifications de cette technique.* — Quelques détails ont été légèrement modifiés par les auteurs modernes.

Le couteau de De Graefe, remplace généralement le bistouri ; nous employons quelquefois le trocart à sinu-

sité ; nous reviendrons plus loin sur les avantages qu'il nous semble présenter.

Le lavage de la poche s'est fait avec diverses solutions antiseptiques qui semblent avoir remplacé avantageusement la liqueur de Van Swieten ; le nitrate d'argent à 1 p. 100, le protargol à 1 p. 50, etc. ont été successivement employés. Nous nous servons de sérum artificiel ou de liqueur de Dakin.

L'injection réplétive est pratiquée couramment maintenant à froid, avec une vaseline iodoformée solide, plus facile à maintenir dans la poche. On a fait des pommades au 1/15e (Dubreuilh et Mallein, 1918). L'occlusion du pansement se fait au collodion et le professeur Dubreuilh recommandait tout récemment de vider la poche de son contenu quarante-huit heures après l'intervention.

Quant à nous, nous laissons nos pansements systématiquement cinq jours en place.

C. — *Résultats obtenus.* — Sur 183 bubons observés par Fontan en 1889,

123 ont guéri en moins de 10 jours ;
30 ont guéri en 10 à 15 jours ;
8 ont guéri en 15 à 20 jours ;
6 ont guéri en 20 à 30 jours ;
16 recherches ont nécessité un autre traitement.

Espieux, la même année, donne des résultats merveilleux ; sur 41 cas,

5 ont guéri en 24 heures ;
18 — 1 à 5 jours ;
5 — 5 à 10 jours ;
6 — 10 à 15 jours ;
4 — 15 à 23 jours ;
3 insuccès.

Depuis, la méthode n'a cessé d'être employée. Voici

une des statistiques les plus récentes (juillet 1918) due aux docteurs Dubreuilh et Mallein :

Sur 121 cas traités, ces auteurs accusent seulement 15 insuccès et deux érythèmes toxiques iodoformiques sans gravité d'ailleurs. La moyenne de durée de traitement a été de 4 à 6 jours.

D. — *Avantages de la méthode.* — Ils sont multiples :

1° La technique est très simple et l'instrumentation se réduit à peu de choses ;

2° La guérison est rapide. En cinq ou six jours, un bubon pris à temps, bien collecté et opéré suivant les règles énumérées plus haut, est guéri ; l'orifice de ponction est refermé et la cicatrisation est complète.

3° L'incision étroite ne laisse pour ainsi dire pas de cicatrice et, si elle existe, elle est à peine visible, évitant ainsi pour plus tard au malade des traces dénonciatrices.

4° Un seul pansement suffit ; on y gagne un temps précieux, soit à l'hôpital, soit en ville, évitant ainsi les spicas quotidiens.

D'autre part, les pansements sont hors de prix, surtout depuis la guerre, et tant à l'hôpital que chez les particuliers, on réalise une économie appréciable.

II. — Rôle de la Vaseline dans le Procédé de Fontan. — Nos Essais

1. — Pathogénie du Bubon

Nous empruntons au professeur Forgue les idées directrices de ce chapitre :

« A la surface d'un chancre mou, dit-il, l'absorption ne s'exerce que sur le serum du pus, les éléments solides

restant sur place et subissant de par l'action phagocytaire, le processus de résorption. Cela explique comment le système lymphatique peut rester indemne quoique en contact permanent avec le pus chancrelleux. Vienne, au contraire, une solution de continuité : la matière virulente peut passer dans les voies lymphatiques et y produire la lymphangite et l'adénite chancrelleuse. De là le danger de toute ulcération déchirant ou faisant saigner la surface chancrelleuse ; de là la fréquence de cette complication dans les chancrelles du prépuce et du filet, exposées à des tiraillements ; de là par contre leur rareté chez la femme dont les chancres sont généralement abrités.

Depuis Ricord, on a admis que le chancre mou peut donner naissance à deux variétés de bubons :

1° Bubon sans spécifité à pus non inoculable ;

2° Bubon chancrelleux dont le pus est inoculable au porteur.

Entre 1831 et 1837, Ricord avait inoculé le pus de 618 bubons ; cette inoculation fut positive dans 338 cas.

En 1884, Strauss nie le fait après 42 inoculations

En 1889, Ducrey trouve le bacille du chancre mou et cette découverte éclaire d'un jour nouveau la question. Maintes observations récentes ont prouvé qu'on peut, le plus souvent, déceler le bacille dès l'ouverture du bubon. Ce bacille est rare dans le pus, il y peut, de plus, subir une bactériolyse sous l'influence des protéases des polynucléaires (Gougerot : ces raisons expliquent les constatations négatives sur lame et les insuccès des auto-inoculations ; la culture sur sang gélosé qui met en ensemencement une grande quantité de pus, permet souvent de dépister le strepto-bacille, dans le ganglion suppuré alors que les autres moyens d'investigation étaient restés négatifs. En résumé, l'on peut dire que, *dans la règle*,

contrairement à l'opinion de Strauss, *le pus est virulent d'emblée et contient le bacille.*

2. — Rôle de l'Iodoforme dans le Procédé de Fontan

L'iodoforme ne peut agir dans le traitement des bubons que de deux façons différentes :

a) Comme agent modificateur du terrain qu'il rend impropre à la vie du microbe.

b) Comme agent antiseptique.

A. — *Propriétés modificatrices.* — Kunz en 1887 reconnaît que l'iodoforme « peut gêner le développement des bactéries ». En outre, de l'avis de tous les auteurs modernes, l'iodoforme diminue ou même supprime (Dubreuilh) les sécrétions de la plaie ; cette action physiologique est très importante, car nous savons qu'il n'y a pas de reproduction microbienne sans humiidté. Ce rôle de dessication des plaies est, en outre, très favorable à l'accollement des parois des cavités suppurantes, c'est-à-dire à la cicatrisation.

B. — *Propriétés antiseptiques.* — On a beaucoup combattu cette idée en Allemagne en 1885 et 86, si bien que le professeur Dubreuilh s'exprimait ainsi dans le Bulletin médical du 4 novembre 1888 : « Comme on ne l'employait « généralement pas seul, et que, dans le pansement des « plaies fraîches, on employait d'autres antiseptiques, « on était disposé à lui attribuer en partie, l'asepsie qui » était le résultat de l'ensemble des précautions pri- « ses. »

Contre l'action microbicide de l'iodoforme, Dubreuilh opposait à cette époque, les expériences de Heyer et Rovsing. Ceux-ci avaient constaté que différents microbes, entre autres ceux de la suppuration, végétaient faci-

lement au contact de l'iodoforme pulvérulent ou même dissous dans l'huile d'olive. Lesser, vers la même époque avait vu une plaie fraîche être inoculée par le pinceau d'iodoforme qui avait servi la veille à saupoudrer un chancre mou. Il est vrai que, depuis, Lübbert et Sattler, de Prague, ont montré que la nature du dissolvant est fort importante et que c'est probablement grâce à elle que le microbe sera ou non pénétré par l'agent microbicide.

Il ne faut pas perdre de vue enfin que l'iodoforme est un agent chimique très instable dont l'un des dérivés, l'iode naissant est un antiseptique de premier ordre.

3. — Rôle de la Vaseline

Comme nous venons de le voir, l'action de l'iodoforme serait directement influencée par le dissolvant auquel on l'incorpore. Terrillon, en 1890, avait reconnu la supériorité de la vaseline comme excipient. Mais depuis les idées se sont modifiées ; la classification des agents pathogènes en microbes aérobies et anaérobies nous ouvre des horizons nouveaux.

C'est ainsi que le professeur Dubreuilh, que nous citions plus haut, a pu écrire en 1914 :

« En somme, ce traitement (méthode de Fontan), consiste à traiter la coque ganglionnaire vidée comme le tube à essais où nous faisons en laboratoire des cultures anaérobies. En un mot, je crois que, dans la « vaseline iodoformée, le rôle le plus important appartient peut-être à la vaseline ; l'iodoforme a une action incontestable sur le virus chancreux, mais la vaseline vaut surtout par l'occlusion complète qu'elle permet d'obtenir. »

Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette assertion.

4. — Nos Essais et nos Résultats

A notre retour des armées, attaché comme interne au service de M. le professeur Gillot, nous avons eu l'occasion de traiter nous-mêmes quelques bubons.

A. — *Procédé de Fontan.* — Nous avons d'abord employé la méthode de Fontan ; voici, très succinctement, notre façon de procéder qui ne diffère que très peu de la technique préconisée par Fontan lui-même.

Après avoir savonné et rasé la région, nous l'aseptisons par la teinture d'iode et avec un couteau de De Graefe pratiquons une ponction étroite d'un millimètre et demi au point le plus fluctuant de la tumeur. Nous nous sommes également très bien trouvés pour cette ponction du trocart à sinusité que nous enfonçons perpendiculairement à l'adénite ; le manchon ,promené sur le pourtour du ganglion, nous sert à rompre les adhérences comme nous le ferions avec la sonde cannelée ; d'autre part, nous pouvons ainsi recueillir le pus dans une coupelle et on évite de souiller la cuisse, la verge et le scrotum du patient et les doigts de l'opérateur.

Nous exprimons ensuite la poche et cela, jusqu'à apparition de sang. Enfin, après lavage de la cavité au sérum tiède ou à la liqueur de Dakin, nous injectons de la vaseline iodoformée au 1/10, à peu près le même volume que celui du pus retiré. Une compresse imbibée de collodion et un pansement ouaté compressif recouvrent le tout. Le malade est ensuite mis au repos absolu pendant cinq jours. Lorsque le bubon a été ponctionné à temps, c'est-à-dire dès que le pus est bien collecté et que la fluctuation est bien nette, et avant qu'il n'y ait menace d'ouverture spontanée, la cicatrisation est complète le matin du sixième jour.

Nous apportons onze observations de cette méthode, dont cinq personnelles ; la guérison a été obtenue res-

pectivement en 9, 32, 13, 18, 8, 20, 5, 6, 5, 6 et 6 jours. Les résultats ne paraissent pas correspondre au temps moyen que nous donnons plus haut ; mais il faut mentionner un facteur important qui influe sur la durée de guérison, nous entendons l'indocilité des malades qui, surtout dans les services de vénériens, ne veulent se résoudre que difficilement à observer le repos qui leur est prescrit.

D'autre part, l'on n'est pas toujours en mesure d'opérer le bubon au moment précis où l'intervention serait le plus indiquée. C'est ainsi que dans les observations X, XII, XV nous avions affaire à des bubons hypermûrs.

Nous avons vu pourtant quelquefois des guérisons rapides par le procédé de Fontan, même sur des bubons trop mûrs, mais c'est là l'exception. Nous préconisons, en cas d'insuccès, le nitrate d'argent, tel que l'employait Monsieur le professeur Brault. Nous avons donné sa technique plus haut.

B. — *Pommade à l'Argyrol.* — Sur les conseils de Monsieur le professeur Gillot, nous avons, dans deux cas et en employant la même technique que Fontan, remplacé l'iodoforme par l'argyrol.

Notre pommade est la suivante :

Argyrol	5 grammes.
Vaseline .....q. s. p.	100 grammes.

Nos résultats ont été pleinement satisfaisants, obtenant la guérison en sept jours dans le premier cas (observation XVI) et 6 jours dans le second (observation XVII).

C. — *Vaseline pure.* — Enfin, nous inspirant des idées du professeur Dubreuilh, que j'ai rapportées plus haut, nous avons voulu étudier le rôle de la vaseline dans le procédé de Fontan.

A cet effet, nous avons traité personnellement quatre malades dont nous donnons les observations plus loin

(obs. XXI, XXII, XXIII et XXIV). Nous avons injecté dans la cavité du bubon, après ponction, un volume de vaseline pure stérilisée égal au volume du pus retiré. Les résultats sont surprenants ; malgré leur petit nombre, les observations que nous soumettons à votre appréciation n'en sont pas moins probantes : sur 5 bubons ponctionnés quatre ont été complètement cicatrisés le matin du sixième jour ; nous n'avons pas pu suivre le cinquième non guéri après dix jours ; nous tenons néanmoins à mentionner que nous avions affaire à un bubon hypermûr avec peau amincie, décollée, rouge-bleuâtre et menace de chancrellisation.

Qu'en faut-il conclure ? Que les strepto-bacilles aérobies ont été directement influencés par le corps gras qu'est la vaseline ; privés d'oxygène, ils sont morts sans l'intervention d'aucun antiseptique. Si, en 1888, on discutait les propriétés microbicides de l'iodoforme, c'est que l'on n'était pas encore fixé sur les besoins en oxygène de certains strepto-bacilles et du bacille de Ducrey en particulier ; on ne pouvait naturellement pas se douter que, dans la vaseline iodoformée, la vaseline, à elle seule possédait cette propriété microbicide que l'on contestait à l'iodoforme.

Cette notion actuellement connue et l'expérience que nous venons de tenter, nous autorisent à confirmer le professeur Dubreuilh dans son hypothèse en déclarant que « dans la vaseline iodoformée, le rôle le plus important appartient à la vaseline qui vaut surtout par l'occlusion qu'elle permet d'obtenir.

Ceci démontré, n'oublions par que l'iodoforme est un agent modificateur de premier ordre, et comme deux précautions valent mieux qu'une, joignons les propriétés antiseptiques de celui-ci au rôle occlusif de celle-là et traitons nos bubons par la vaseline iodoformée au 1/10e. Tel est le procédé qui nous paraît de choix.

III. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M.... J... entre le 27 novembre 1915 salle Hardy, pour chancrelle du prépuce et bubon droit.

28 *novembre.* — Ponction du bubon au bistouri et injection de nitrate d'argent au 1/100e.

27 *décembre.* — Le bubon est guéri.

Durée de traitement : 29 jours.

OBSERVATION II

L... A... entre le 26 janvier 1916, salle Hardy, pour bubon droit.

27 *janvier.* — Ponction au bistouri. — Injection de nitrate d'argent au 1/100e.

12 *février.* — Le bubon est cicatrisé et le malade sort guéri. — Durée de traitement : 17 jours.

OBSERVATION III

N... C... entre salle Ricord le 23 novembre 1914 pour chancrelle et bubon gauche.

L'anédite est hypermûre, le début remonte à 3 semaines ; le malade ne s'était pas aperçu qu'il était porteur d'un chancre mou dans le sillon balano-préputial à gauche.

23 *novembre.* — Incision et cautérisation de la poche avec la solution de NO^3Ag au 1/100e.

25 *novembre.* — Nouvelle injection de NO^3Ag.

3 *décembre.* — Le bubon est guéri. Le chancre mou n'est pas cicatrisé ; le malade sort sur sa demande.

Durée de traitement : 11 jours.

OBSERVATION IV

M... A... entre le 17 octobre 1914, salle Ricord, pour bubon gauche.

Il y a environ 15 jours, le malade a vu apparaître une ulcération dans le sillon balano-préputial — trois jours après, adénite.

Actuellement, le malade présente à l'aine gauche une tumeur grosse comme un œuf de poule, rouge et fluctuante.

17 *octobre.* — Incision étroite, injection de nitrate d'argent au 1/100e. Pansement aseptique.

21 *octobre.* — On réinjecte du NO_3Ag.

30 *octobre.* — Le bubon est en voie de cicatrisation.

5 *novembre.* — Le malade sort guéri.

Durée du traitement : 18 jours.

OBSERVATION V

C... D... entre le 12 septembre 1917, salle Rollet pour bubon inguinal gauche.

Aurait eu un chancre il y a environ trois semaines, chancre qui aurait rapidement guéri avec une pommade.

13 *septembre.* — Ponction du bubon. Injection de NO_3Ag au 1/000e. Drainage filiforme.

3 *octobre.* — Le malade sort guéri.

Durée de traitement : 22 jours.

OBSERVATION VI

F... J... entre salle Ricord le 5 avril 1915 pour chancrelles du prépuce à gauche et bubon gauche.

Le 6 avril. — Ponction étroite au bistouri. Injection de NO_3Ag au 1/100e. Drainage aux crins de Florence.

31 *avril.* — Le bubon est fistulisé ; il s'écoule encore une certaine quantité de pus.

L'observation n'est pas terminée. Nous l'avons notée néanmoins pour montrer que 25 jours après le drainage, la guérison n'était pas encore obtenue .

OBSERVATION VII

A... M... entre salle Ricord le 6 décembre 1914 pour crancrelles en couronne datant d'une vingtaine de jours. En outre, il présente un bubon gauche qui remonte à une dizaine de jours.

7 *décembre.* — Pansement compressif. Repos.

10 *décembre.* — Le bubon est mûr, la fluctuation est nette. Après ponction à l'aiguille, on installe un drainage aux crins de Florence.

24 *décembre.* — Il s'est formé une fistule avec suppuration légère.

Le malade est mis hors de service pour indiscipline.

Durée du traitement : 14 jours.

OBSERVATION VIII

(PERSONNELLE)

A... V... 24 ans, entre à l'hôpital, salle Rollet, le 19 avril 1919 pour chancre mou du sillon balano-préputial et bubon droit.

Il y a environ un mois, le malade a vu apparaître dans le sillon balano-préputial une excoriation de la dimension d'une pièce de cinquante centimes ; il ne s'en est pas inquiété et a continué son travail, lorsque, il y a 12 jours, la marche devint impossible à la suite d'une douleur dans l'aine droite.

Examen. — Tuméfaction rouge fluctuante du pli de l'aine droite — douloureuse à la pression — volume d'un œuf de poule.

Dans le pli balano-préputial à droite, on constate la présence d'une petite ulcération de 1 centimètre de long sur 1/2 centimètre de large, à fond rouge, en voie de cicatrisation.

22 *avril.* — Cautérisation du chancre. Ponction du bubon : on retire environ 20 cc. de pus. Injection de 10 cc. d'électrocuprol. Pansement compressif.

25 *avril.* — La collection s'est reformée, nouvelle ponction, injection de 10 cc. d'électrocuprol. Pansement compressif.

30 *avril.* — Le bubon est loin d'être guéri. Une nouvelle ponction permet de retirer 25 cc. de pus. Lavage de la cavité au sérum artificiel.

1er *mai.* — Lavage de la cavité au sérum.

6 *mai.* — On obtient par expression quelques gouttes d'un liquide citrin, mais plus de pus.

17 *mai.* — Le bubon est complètement cicatrisé.

Durée de traitement : 25 jours.

OBSERVATION IX

J... A... entre à l'hôpital salle Ricord, le 5 novembre 1914 pour adénite suppurée de l'aine gauche. Le même jour, il est ponctionné avec une seringue, puis l'on installe un drainage à l'aide de crins de Florence.

10 *novembre.* — Amélioration. On enlève les crins.

12 *novembre.* — Nouvelle fluctuation. Ponction étroite au bistouri. Injection de vaseline iodoformée au 1/10e. Collodion et pansement compressif.

18 *novembre.* — On croit percevoir une légère fluctuation. On ponctionne avec une seringue de Pravaz et l'on ne retire que de la vaseline complètement blanche dépourvue d'iodoforme.

21 *novembre.* — Le malade sort guéri.

Durée de traitement : 16 jours.

OBSERVATION X

A... 38 ans, entre à l'hôpital salle Hardy le 14 novembre 1915, a eu des chancrelles et présente actuellement un bubon gauche hypermûr.

15 *novembre*. — Ponction étroite, injection de vaseline iodoformée au 1/10e.

19 *novembre*. — On revide la poche et l'on injecte à nouveau de la vaseline iodoformée au 1/10e.

6 *décembre*. — Encore un peu de suppuration.

13 *décembre*. — On place un crin.

17 *décembre*. — Le bubon est guéri.
Durée de traitement : 32 jours.

OBSERVATION XI

A... S... entre salle Hardy le 23 mars 1916 pour chancrelle du fourreau de la verge et bubon droit.

25 *mars*. — On ponctionne le bubon à l'aiguille. Injection de NO^3 Ag au 1/100e et drainage aux crins de Florence.

29 *mars*. — Le bubon est presque fermé. Un petit point de suppuration persiste. On enlève les crins.

2 *avril*. — Le bubon est fistulé : thermocautère.

16 *avril*. — Guérison.

Durée de traitement : 23 jours.

OBSERVATION XII

A... M... entre à l'hôpital salle Ricord le 8 mai 1915 pour bubon gauche datant de 8 jours. A eu un chancre mou il y a un mois et demi. Bubon trop mûr.

8 *mai*. — Ponction étroite au bistouri — expression de la poche — Injection de vaseline iodoformée au 1/10e. Occlusion au collodion. Pansement compressif ouaté.

14 *mai.* — Il persiste un pertuis avec suintement de vaseline pure.

21 *mai.* — Le bubon est cicatrisé et le malade sort guéri.

Durée du traitement : 13 jours.

OBSERVATION XIII

N... D... entre salle Rollet le 5 novembre 1918 pour bubon droit.

Il y a une vingtaine de jours environ, apparut dans la région inguinale droite, une petite tumeur de la grosseur d'une olive, indurée et très douloureuse. Le malade continue à travailler tandis que la tumeur évoluait jusqu'à atteindre le volume d'un œuf. Elle est fluctuante depuis deux ou trois jours. Le bubon est trop mûr.

7 *novembre.* — Ponction étroite au bistouri. Expression de la poche. Injection de vaseline iodoformée au 1/10e.

17 *novembre.* — Le bubon est complètement cicatrisé.

Durée de traitement : 10 jours.

OBSERVATION XIV

(PERSONNELLE)

G... E... entre à l'hôpital, salle Rollet le 17 juin 1918 pour bubon droit.

Il y a un mois et demi, six jours après un rapport sexuel, ont apparu deux petites érosions superficielles au voisinage du frein ; ces érosions se sont cicatrisées une quinzaine de jours après leur apparition, après cautérisation au NO_3Ag. Dès le début des chancrelles, le malade sentit dans l'aine droite une grosseur du volume d'une amende, grosseur qui augmenta progressivement jusqu'à atteindre le volume d'un œuf.

19 *juin.* — Ponction étroite du bubon. Expression de la poche. Lavage de la cavité au sérum tiède. Injection de vaseline iodoformée au 1/10e. Occlusion au collodion. Pansement compressif.

27 juin. — Le bubon est complètement cicatrisé et le malade sort guéri.

Durée du traitement : 8 jours.

OBSERVATION XV

(PERSONNELLE)

C... R... 44 ans, se présente à la consultation gratuite le 29 avril 1919 pour bubon inguinal gauche consécutif à une chancrelle de la fourchette. A l'examen, on constate à l'aine gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, noyée dans un gâteau de périadénite ; la peau est amincie, rouge-bleuâtre ; le bubon est sur le point de s'ouvrir spontanément.

29 *avril.* — Ponction au trocart. Expression de la poche ; lavage au sérum tiède. Injection de vaseline iodoformée au 1/10e. Occlusion au collodion. Pansement compressif.

6 *mai.* — L'ouverture s'est chancrellisée ; lavage extérieur à l'éther ; cautérisation au chlorure de zinc.

13 *mai.* — Amélioration.

18 *mai.* — Guérison complète.

Durée du traitement : 20 jours.

OBSERVATION XVI

(PERSONNELLE)

C... A... entre salle Rollet, le 15 février 1919 pour chancre et bubon droit.

15 *février.* — Le malade présente deux ulcérations situées l'une sur la face dorsale, l'autre sur la partie latérale droite du fourreau ; elles ont l'une et l'autre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; elles sont indolores, datent de 20 jours environ et sont survenues 8 jours après le coït.

En outre, le malade est porteur d'une adénite suppurée inguinale droite : fluctuation très nette ; polymidroadénite à gauche.

Le même jour, ponction étroite au bistouri, expression de la poche et lavage de la cavité au sérum. Injection de vaseline iodoformée au 1/10e. Occlusion au collodion et pansement ouaté compressif. Les chancres sont cautérisés au chlorure de zinc.

21-2-19. — Le bubon est guéri.

15 *mars*. — Les chancrelles sont très améliorées.

16 *mars*. — Apparition d'un bubon gauche. Non mûr.

29 *mars*. — Le bubon est mûr. Ponction étroite au couteau de De Graefe ; expression de la poche, lavage de la cavité au sérum tiède. Injection de pommade à l'argyrol :

Argyrol.....	5 gr.
Vaseline.....	100 gr.

Occlusion au collodion. Pansement compressif.

4 *avril*. — Le bubon est cicatrisé et le malade sort guéri.

Durée de traitement : à droite : 5 jours ; à gauche : 7 jours.

OBSERVATION XVII

(PERSONNELLE)

P... F... entre à l'hôpital salle Rollet le 6 mars 1919 pour bubon inguinal droit consécutif à un chancre dont on ne peut déterminer la nature.

8 *mars*. — Le bubon est mûr, ponction étroite au bistouri, expression de la poche, lavage de la cavité au sérum tiède, injection de vaseline à l'argyrol (5 0/0). Occlusion au collodion.

14 *mars*. — Le bubon est cicatrisé, le malade sort guéri.

Durée de traitement : 6 jours.

OBSERVATION XVIII

A... A... entre à l'hôpital salle Ricord le 18 novembre 1919 pour chancrelles et bubon inguinal droit.

Il y a deux mois chancre de la verge survenu 4 jours après le coït. Actuellement ulcération indolente légèrement indurée à contours bien limités ; infiltration préputiale, adénite inguinale droite, peau rouge, inflammation avec puits de suppuration.

20 *novembre.* — Ponction au bistouri ; injection de vaseline iodoformée au 1/10e, pansement ouaté compressif. Cautérisation de la chancrelle au chlorure de zinc.

25 *novembre.* — Le bubon est cicatrisé ainsi que le chancre. Le malade sort guéri.

Durée de traitement : 5 jours.

OBSERVATION XIX

R... T... entre à l'hôpital salle Rollet, le 13 novembre 1919 pour une lésion de la verge et adénopathie droite. Actuellement le malade présente au niveau de la verge trois cicatrices de chancre. Infiltration très légère et dure au niveau du sillon balano-préputial et de la région du frein.

Au pli inguinal droit, tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, fluctuante.

18 *novembre.* — Ponction étroite au bistouri. Expression de la poche, lavage de la cavité au sérum tiède. Injection de vaseline iodoformée au 1/10e. Occlusion au collodion. Pansement ouaté compressif.

24 *novembre.* — Le bubon est complètement cicatrisé.

Durée de traitement : 6 jours.

OBSERVATION XX

(PERSONNELLE)

S... 18 ans, entre à l'hôpital, salle Rollet, le 26 mars 1919 pour chancres mous et adénite gauche.

Le malade prétend avoir eu des bubons inguinaux il y a un an; il n'avait jamais été malade depuis, lorsqu'il y a six mois environ, il s'est aperçu être porteur de deux chancres mous à la racine de la verge. Soigné à l'Hôtel-Dieu à Marseille, il fut guéri en 15 jours. Il y a un mois, il contracte une blennorragie et se soigne lui-même. Dans la nuit du 23 au 24 se produit un œdème du scrotum et de la verge pour lesquels le malade entre à l'hôpital.

Actuellement, gros œdème de la verge et du scrotum. Adénite à gauche, non suppurée.

3 *avril.* — Adéno-phlegmon en boudin de la région inguinale gauche. Une incision étroite donne issue à 50 cc. d'un pus épais et jaunâtre. Lavage de la cavité au sérum tiède. Injection de vaseline iodoformée au 1/10e. Collodion. Pansement compressif.

11 *avril.* — Le bubon est complètement cicatrisé. L'écoulement blennhorragique persiste. Lavages au permanganate de potasse.

25 *avril.* — La blennhorragie est tarie et le malade sort guéri.

Durée du traitement : 6 jours.

OBSERVATION XXI

(PERSONNELLE)

M... R... entre à l'hôpital, salle Rollet, le 3 décembre 1919 pour chancre mou du prépuce et bubon gauche. Le chancre est apparu quatre jours après le coït (il y a 15 jours) ; les bords sont dentelés, le fond bourbillonneux, non surélevé. Le malade présente en outre du phymosis et de la balanite ; le bubon est apparu il y a cinq jours : il est au stade d'inflammation.

10 *décembre.* — Le bubon est fluctuant, la peau rouge-bleuâtre, amincie, décollée.

Incision étroite au couteau de De Graefe, expression de la poche, lavage de la cavité au Dakin, injection de vaseline pure ; occlusion au collodion. Pansement ouaté compressif.

15 *décembre.* — Le bubon est guéri et la cicatrisation complète.

Durée de traitement : 5 jours.

OBSERVATION XXII

(PERSONNELLE)

S... 29 ans, entre salle Rollet le 2 décembre 1919, pour chancrelles du fourreau face dorsale et du prépuce à gauche.

Quatre jours après le coït qui remonte à un mois environ, le malade constate sur la verge deux ulcérations indurées à bords surélevés. Actuellement on constate un chancre du fourreau de petites dimensions en voie de cicatrisation. Sur le prépuce, à gauche, un autre chancre plus étendu de forme irrégulière.

Le malade est porteur d'une adénite double : le bubon gauche est trop mûr, la peau est rouge-bleuâtre, amincie et décollée. Le bubon est mûr.

10 *décembre.* — Bubon gauche et bubon droit sont ponctionnés avec un trocart. Expression des deux poches. Lavage au Dakin. Injection de vaseline pure. Occlusion au collodion. Pansement ouaté compre sif.

15 *décembre.* — Le bubon droit est complètement guéri. Le bubon gauche non guéri ; la poche s'est reformée et la fluctuation existe de nouveau. Ponction au trocart, lavage de la cavité au Dakin. Occlusion au collodion. Pansement compressif.

20 *décembre.* — Le bubon gauche est à reponctionner.

Durée de traitement du bubon droit : 5 jours.

OBSERVATION XXIII

(PERSONNELLE)

T... salle Rollet, entre le 3 décembre 1919 pour adénite suppurée à droite.

A l'examen, on constate la présence d'une tumeur grosse comme un œuf de poule et siégeant à l'aine

droite. Trois ganglions sont engorgés ; un seul, le plus externe est mûr, nettement fluctuant.

10 *décembre* 1919. — Ponction du bubon mûr avec le couteau de De Graefe. Il en sort environ 10 cc. d'un pus bien lié ; après lavage de la cavité au liquide de Dakin, nous injectons environ 10 cc. de vaseline pure dans la poche. Occlusion au collodion et pansement ouaté compressif.

OBSERVATION XXIV

P... J... entre à l'hôpital, salle Rollet, le 8 décembre 1919 pour chancrelles du fourreau et bubon gauche. Les chancrelles se trouvent sur le fourreau et à droite.

10 *décembre*. — Bubon de l'aine gauche trop mûr ; peau rouge-bleuâtre amincie et décollée. Adénite volumineuse de la grosseur d'un œuf de poule. Le malade porte sur les bourses les traces d'une ulcération qui était douloureuse et qui a apparu dix jours après le coït.

Le bubon est hypermûr ; grosse fluctuation ; une traînée de lymphangite s'étend à toute l'arcade crurale.

Ponction étroite au couteau de De Graefe ; expression de la poche ; il en sort un pus chocolat parsemé de quelques caillots ; lavage de la cavité à la liqueur de Dakin. Expression. Injection de vaseline pure (15 cc. environ). Occlusion au collodion ; pansement ouaté compressif.

15 *décembre*. — Le bubon est guéri complètement cicatrisé, mais toute la peau décollée avant l'intervention est ulcérée superficiellement avec menace de chancrellisation. Attouchement de ces lésions au protargol au 1/50e.

20 *décembre*. — Cicatrisation complète des ulcérations.

Durée de traitement : 5 jours.

TABLEAU RÉCAPULATITIF DE NOS OBSERVATIONS

NUMÉROS	DATE D'ENTRÉE	NOMS	TRAITEMENT	DURÉE	OBSERVATIONS
1	27.11 15	M... J...	NO^3Ag.	29	
2	26. 1,16	N...M...	NO^3Ag.	17	
3	23.11.14	N... C...	NO^3Ag.	11	
4	17.10.14	M.. A,..	NO^3Ag.	18	
5	12. 9.17	C...D...	NO^3Ag. — Crins.	22	
9	5. 4.15	F... J...	NO^3Ag. — Crins.	25	Non guéri — fistule.
7	6.12.14	A...M...	Crins,	14	
8	19. 4.19	A. . V...	Electrocuprol.	25	(Personnelle).
9	5.11.14	J... A...	Crins — Fontan.	16	Le Fontan a été pratiqué après rechute (Crins = 7 jours. Fontan = 9 jours.
10	14.11. 5	A ..	Fontan — Crins.	32	Bubon hypermûr.
11	23 3.16	A,.. S...	NO^3Ag. — Crins.	23	
12	8. 5.15	A...M..,	Fontan.	13	Bubon hypermûr.
13	5.11.18	N,..D...	Fontan.	10	
14	17. 6.18	G... E...	Fontan.	8	(Personnelle).
15	29. 4.19	C ..R...	Fontan.	20	(Personnelle) hypermûr
16	15. 2.19	C... A...	Fontan à D. / Argyrol à G.	5 / 7	(Personnelle).
17	6. 3.19	P... F..,	Argyrol.	6	(Personnelle).
18	18.11.19	A... A...	Fontan.	5	
19	13.11.19	R... J...	Fontan.	6	
20	26. 3.19	S...	Fontan.	6	(Personnelle).
21	3.12.19	M...R...	Vaseline pure.	5	(Personnelle).
22	2.12,19	S...	Vaseline pure.	5	(Personnelle). Le bubon G. hypermûr non guéri après dix jours.
23	3.12.19	T..,	Vaseline pure.	5	(Personnelle).
24	8.12.19	P.,.J...	Vaseline pure.	5	(Personnelle).

CONCLUSIONS

1°) Le bubon chancrelleux est deux fois plus fréquent à gauche qu'à droite. Cette prédominance s'explique par la disposition des lymphatiques de la région.

2°) A l'heure actuelle, le traitement de choix du bubon chancrelleux non ulcéré est représenté par le procédé de Fontan consistant en une ponction évacuatrice du bubon suivie de l'injection de vaseline iodoformée au dixième. Grâce à cette méthode, lorsque l'intervention a lieu au moment voulu, on peut escompter la guérison complète en cinq jours (temps moyens). Un seul pansement suffit.

3°) La vaseline pure, remplaçant la vaseline iodoformée dans le procédé de Fontan, permet d'obtenir une guérison qui semble aussi rapide. Ce fait explique l'action du corps gras privant les streptobacilles airobus de l'oxygène qui leur est nécessaire.

V. — BIBLIOGRAPHIE

Armstrong. — *Medical News*, 5 décembre 1861.

Arnozan et Vigneron. — Traitement du chancre mou et du bubon. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1890-1891, p. 577 ; 1891-1892, p. 1.3.

Aubert. — La chaleur et le chancre simple, *Lyon Médical*, 1883.

Balzer et Souplet. — Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre et du bubon. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1891.

P. Bartels. — Das Lymphgefassystem, Iéna, 1919, p. 200.

Bier. — L'hyperhémie et son action thérapeutique, 1907.

Brousse et Bothezat. — Valeur du traitement abortif des bubons par la méthode de Welander. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1893, p. 346.

Eckert (Hans). Zur Thérapeutie des bubo inguinalis. *Inaug dissert*, Berlin, 1897.

Eischtorff (von). — Traitement du bubon par les injections d'éther iodoformé. *Thèse*, Paris, 1889.

Espieux. — De la guérison rapide du bubon suppuré par les injections de vaseline iodoformée. *Thèse*, Montpellier, 1889.

Fontan. — *Archives de médecine navale*, juillet 1889.

Forgues. — *Précis de Pathologie externe*. 1917 T. 1 p. 515

Fournier. — Traitement du bubon chancrelleux. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. 1897, p. 1173.

P. Fournier. — Le traitement du bubon vénérien notamment par l'hyperhémie au moyen de la ventouse de Bier. *Thèse*, Paris, 1907.

Gaymard. — Des adénités iliaques chancrelleuses et leur traitement opératoire. *Thèse*. Paris, 1913.

Gamol. — Traitement du bubon. *Semaine médicale*, 1892.

Goubeau. — Traitemeut du chancre mou et de ses complications. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 1919, p. 659.

Hallopeau et Teineive. — Insuccès du xéroforme dans le traitement du bubon. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1905. p. 202.

Hanse. — Quelques considérations sur le bubon vénérien et sur son traitement, notamment par les injections iodées. *Thèse* Paris, 1852

Hudelo et Rabut. — Traitement des bubons. Méthode de Fontan modifiée par l'emploi de l'huile xylo-iodoformée. *Presse médicale* nº 67 12 novembre 1919.

M. Labbé. — Etude du ganglion lymphatique dans les infections aigües. *Thèse*, Paris, 1898.

Laporte. — Du traitement du bubon par la ponction suivie d'injections modificatrices. *Thèse*, Lyon, 1890.

Legrain. — Traitement rapide du bubon par incision et suture immédiate. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 mai 1907.

Le Pileur. — Traitement des bubons par ponction aspiratrice simple. *Thèse*, Paris, 1874.

Loetnike. — Traitement des bubons. — *Semaine médicale*, 1892.

G. Marchand. — Recherches sur les lymphathiques des séguments des organes génito-urinaires de l'homme — *Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p 217.

Marcille. — Lympathiques et ganglions iliopelviens. *Thèse*, Paris, 1902.

Montpellier. — Note sur le bubon chancrelleux et sa prédominance à l'aine gauche. *Annales des Maladies Vénériennes*. 1917, p. 434.

Otis. — Traitements des bubons. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1893, p. 790.

Poirier. — Traité d'anatomie, 1901, Tome V, p. 187.

Poirson, — Contribution â l'étude du traitement des chancres mous et du bubon chancrelleux aux armées. *Thèse*, Paris, 1918.

Pousson et Desnos. — Encyclopédie Française d'urologie, Paris, 1914, p. 658.

Saphies et von Zumbusch. — Traitement des bubons suppurés par l'argent au bleu de méthylène. *Deutsche midizinische Wochenschrift*, 1913, nº 48, p. 2.350.

Sappey. — Leçons sur le système lymphathique. L'*Union médicale*, 24 décembre 1874, p. 912.

Anatomie, Physiologie et Pathologie des lymphatiques. Paris, 1874.

C. Simon. — Guérison d'un bubon chancrelleux suppuré en huit jours, sans cicatrices apparentes, par le drainage filiforme. *Bul. et Mém. de la Société médicale des hopitaux de Paris*, 17 mars 1916, p. 318.

Spietska. — Traitement des bubons, *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1893, p. 528.

Taylor. — Traitement des bubons *American Journal of the médical Sciences*, Avril 1882.

Testut. — Anatomie description. 1901, Tome IV, p. 743.

Tomasczenski. — Contribution à l'étiologie et au traitement des bubons consécutifs au chancre mou. *Archives f. Dermatologie et Syphilis*. Tome LXXI, p. 113, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1905.

Tommasoli — Le chancre mou et le bubon dans ses rapports avec les saisons. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1893, p. 535.

Welander. — Traitement abortif des bubons par les injections de benzoate de mercure. Communication de la *Société de Der, matologie et de Syphiligraphie*, 12 février 1891.

Welander. — Traitement abortif du bubon chancreux. *Revue générale de chirurgie et de thérapeutique*, 1891, p, 280.

Wittig. — Traitement du bubon par les rayons X. *Deutsche midizinische Wochenschrift*, 1913, n° 48, p. 2351.

Ch. Yvinec. — Contribution à l'étude du traitement des bubons *Thèse*, Paris, 1893.

Zarifian. — Contribution à l'étude clinique du traitement des bubons vénériens. *Thèse*, Paris, 1898.

TABLE DE MATIÈRES

INTRODUCTION

Fréquence des Chancrelles et des Bubons en Algérie 9

I PARTIE

Le siège du Bubon et sa prédominance à l'aine gauche

INTRODUCTION

1. — Prédominance du Bubon à gauche 14
2. — Concordance entre le siège du buban et celui de la lésion 16
3. — Conditions anatomiques 18
4. — Conclusions 16

II PARTIE

Traitement du Bubon non ulcéré 19

IMTRODUCTION

I. — Classification Thérapeutique

1. — Méthodes indigènes 20
2. — Thérapeutique médicale 22
   - *a*. Le repos 22
   - *b*. La compression 22
   - *c*. Le froid 23
   - *d*. La chaleur 23
   - *e*. Applications médicamenteuses 23
   - *f*. Radiothérapie 24
   - *g*. Traitement général 24
3. — Thérapeutique chirurgicale 25
   - *a*. Incisions 25
   - *b*. Extirpation des Ganglions 26
   - *c*. Ponction au bistouri 26
   - *d*. Ponction aspiratrice simple 26
   - *e*. Méthode de Bier 27
   - *f*. Drainage filiforme 28
4. — Injections médicamenteuses en général 28
   - *a*. Injections iodées 28
   - *b*. Acide phénique 29
   - *c*. Nitrade d'argent 29

d. Iodoforme 30
e. Chlorure de zinc 31
f. Sels de mercure 31
g. Médicaments divers 33
5. — La méthode de Fontan 34
a. Technique 35
b. Modifications de cette technique 36
c. Résultats 37
d. Avantages de la méthode 38

II. — Rôle de la Vaseline dans le procédé de Fontan ; nos essais

1. — Pathogénie du bubon 38
2. — Rôle de l'iodoforme 40
a. Propriétés modificatrices 40
b. Propriétés antiseptiques 40
3. — Rôle de la Vaseline 41
4. — Nos essais et nos résultats 42
a. Procédé de Fontan 42
b. Pommade à l'argyrol 43
c. Vaseline pure 43
5. — Conclusions 44

III. — Observations 45

Conclusions 58
Bibliographie 59

Vu : *Le Président de la Thèse*
V. GILLOT

Vu : *Le Doyen*,
J. CURTILLET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Alger, le 6 Janvier 1920,

Le Recteur,
ARDAILLON

IMPRIMERIE J. BRINGAU
7, BOULEVARD DE FRANCE, 7
ALGER
TÉLÉPHONE 12.73